نصیری، فرزاد؛ محمودعلیلو، مجید؛ بخشی‌پور رودسری، عباس (۱۳۹۴). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در درمان افراد مبتلا به اضطراب فراگیر. *پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره،۵(۱)، ۱۳۳-۱۱۶.*

اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در درمان افراد مبتلا به اضطراب فراگیر

فرزاد نصیری[۱]، مجید محمودعلیلو[۲]، عباس بخشی پور رودسری[۳]

دریافت: ۱۳۹۳/۸/۶ پذیرش: ۱۳۹۴/۲/۳۱

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT) در درمان افراد مبتلا به اضطراب فراگیر (GAD) است. این پژوهش در چارچوب طرح تجربی تک موردی با استفاده از طرح خطوط پایه‌ی چندگانه‌ی پلکانی اجرا شد. ۲ نفر از مبتلایان به GAD بر اساس ملاک‌های ورود و احراز شرایط پژوهش وارد طرح درمان شدند و تحت درمان MBCT قرار گرفتند. جهت ثبت شدت نشانه ها از پرسشنامه‌های نگرانی ایالت پن، افسردگی بک، اضطراب بک و مقیاس ۷ سؤالی اضطراب فراگیر استفاده شد. بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی موجب کاهش شدت علائم اختلال اضطراب فراگیر، کاهش نگرانی، کاهش اضطراب و کاهش نمرات افسردگی شد. نتایج این پژوهش نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی از طریق به‌کارگیری تمارین مختلف می‌تواند به بهبود مبتلایان به اضطراب فراگیر منجر شود.

کلیدواژه‌ها: *درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، اختلال اضطراب فراگیر، نگرانی، افسردگی*

---

۱. دانشجوی دکترای روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد (نویسنده مسئول)، nasiri@stu.um.ac.ir

۲. استاد گروه روانشناسی دانشگاه تبریز

۳. استاد گروه روانشناسی دانشگاه تبریز

مقدمه

اضطراب[1]، فرد را در برابر خطر هشیار می‌کند و هیجانی است که در ابتدای کودکی نمایان می‌شود، در طول تحول ادامه می‌یابد و کارکردی سازگارانه را در جهت تسهیل ردیابی و دوری از تهدید فراهم می‌آورد. بااین‌وجود اضطراب زمانی به‌عنوان یک مشکل تلقی می‌گردد که با کارکردهای روزمره تداخل پیدا می‌کند و یا زمانی که به شکل مداوم و پایا اتفاق می‌افتد (APA, 2000). با وجود اینکه اضطراب به عنوان یک علامت تشخیصی، تاریخچه‌ای کهن دارد اما اصطلاح اختلال اضطراب فراگیر[2]، نخستین بار به عنوان یک ملاک تشخیصی در ویرایش سوم کتابچه‌ی تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-III) و سرانجام در سال ۱۹۹۴ با آخرین تغییرات و اصلاحات صورت گرفته در DSM-IV معرفی گردید.

اختلال اضطراب فراگیر اختلال مزمن و شایعی است (Stein, 2004) که میزان همبودی[3] بالایی با سایر اختلالات دارد. فرد مبتلا به این اختلال نگرانی[4] بیش از حد، شدید و طولانی‌مدتی را تجربه می‌کند و ممکن است با علائمی از قبیل بی‌قراری، دشواری در تمرکز کردن یا خالی شدن ذهن، تحریک‌پذیری، تنش عضلانی و اختلال در خواب نیز دست‌وپنجه نرم کند (Bennett, 2011). شیوع در طول عمر برای اختلال اضطراب فراگیر ۵/۷ درصد است و تشخیص آن، مرتبط با آشفتگی شدید در فعالیت‌های شغلی و اجتماعی است (Kessler et al., 2005). بررسی‌های به‌عمل‌آمده نشان داده است که شیوع بسیار بالای این اختلال مشکلات زیادی در کارکرد شغلی، بین فردی، مالی، تحصیلی، زناشویی و مراقبتی افراد مبتلا ایجاد کرده و از طرف دیگر مقادیر بالایی از خدمات بهداشتی را ایجاب می‌کند (Roemer et al., 2014). علی‌رغم آسیب‌ها و صدمات فراوان ناشی از این اختلال، در مقایسه با اختلال‌های اضطرابی دیگر، دانش نظری اندکی درباره‌ی آن وجود دارد و درمان‌های اختصاصی برای آن از نظر بالینی ارزیابی نشده‌اند و بنابراین از نظر تکوینی هنوز در مرحله‌ی اکتشافی و آزمایشی قرار دارند. در سال ۱۹۹۵، انجمن روان‌شناسی آمریکا، گروهی را مأمور کرد تا به بررسی مداخلات روان‌شناختی بپردازند که پشتوانه‌ی تجربی محکمی دارند (DeRubeis & Crits-Christoph, 1998). نتایج این پژوهش‌ها نشان داد که درمان شناختی رفتاری، درمان انتخابی GAD است (Barlow & Hofmann, 1997). هر چند نشان داده شد که این درمان در بهبود GAD از کارآیی لازم برخوردار است، با این وجود در مطالعات پیگیری، تنها ۵۰ درصد از بیماران مبتلا به GAD به بهبودی معنادار بالینی دست یافتند (Borkovec & Newman, 1998). این یافته بسیاری از صاحب‌نظران

1. anxiety
2. Generalized anxiety disorder
3. Comorbidity
4. Worry

حوزه‌ی درمان شناختی رفتاری را وادار به گمانه‌زنی و طراحی پژوهش کرد. با اینکه درمان شناختی رفتاری موجود، در حال حاضر از حمایت تجربی بالایی برخوردار است، محدودیت‌های خاص خود را دارد (Rygh & Sanderson, 2004) و برای بهبود بسیاری از مراجعان ناکافی است (Dugas & Robichaud, 2007). از همین رو بررسی میزان اثربخشی سایر درمان‌های نوین به ویژه درمان‌های شناختی رفتاری موج سوم در بهبود این اختلال ضروری به نظر می‌رسد.

ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس (MBSR)[1] که توسط Kabat-Zinn و همکارانش در دانشگاه ماساچوست تدوین شد (Kabat-Zinn, 1990)، به افراد کمک می‌کند تا ذهن‌آگاهی را از طریق تمرین متمرکز ایجاد کنند. MBSR یک رویکرد مراجع‌محور، ساختاریافته و متمرکز است که به طور موفقیت‌آمیزی در محیط‌های کلینیکی، بیمارستان‌ها و مدارس به کار رفته است. درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی[2] (Segal, Williams, & Teasdale, 2002) از MBSR مشتق شده است. تأکید عمده‌ی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، ایجاد موقعیت‌هایی برای بیماران است تا به‌صورت آگاهانه و مستقیم با تجاربشان ارتباط برقرار کنند. ذهن آگاهی به معنای آگاهی از افکار، رفتار، هیجانات و انگیزه‌هاست به‌طوری‌که بهتر بتوانیم آن‌ها را مدیریت و تنظیم کنیم. به‌عبارت‌دیگر ذهن آگاهی به معنای توجه کردن به شیوه‌ای خاص، هدفمند، در زمان کنونی و بدون قضاوت و پیش‌داوری تعریف می‌شود (Segal, Williams, & Teasdale, 2012) که از طریق تمرین منظم ایجاد می‌شود و بر روی آگاهی به محتوای ذهن تأکید می‌کند. در ذهن‌آگاهی، فرد در هر لحظه از شیوه‌ی ذهنی آگاه می‌شود و مهارت‌های شناسایی شیوه‌های مفیدتر را فرا می‌گیرد (Williams et al., 2008). این درمان یک مداخله‌ی کوتاه‌مدت هشت جلسه‌ای و ساختاریافته است که ویژگی مهم آن، آموزش به‌صورت عملی است. در این برنامه‌ی درمانی، شرکت‌کنندگان ابتدا تمرین را تجربه می‌کنند و پس از آن تلاش می‌کنند معنی آن را درک کنند. در واقع تمرین کردن، هسته‌ی اصلی درمان است (Segal et al., 2012). هدف این درمان، مانند شناخت درمانی سنتی، تغییر محتوای افکار نیست بلکه هدف، ایجاد رابطه‌ای متفاوت با افکار، احساسات و عواطف است که شامل حفظ توجه کامل و لحظه‌به‌لحظه و نیز داشتن نگرش همراه با پذیرش و بدون قضاوت است (Walach, Buchheld, Buttenmüller, Kleinknecht, & Schmidt, 2006). درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، شامل مجموعه تمارین مختلف، از جمله تمرین خوردن ذهن آگاهانه[3]، آموزش مقدماتی در مورد اختلال،

1. Mindfulness-Based Stress Reduction
2. Mindfulness-Based Cognitive Therapy
3. Mindful eating

تمرین وارسی بدن[1]، راه رفتن ذهن آگاهانه[2] و چند تمرین شناخت درمانی است که رابطه‌ی بین افکار، احساس و حواس بدن را نشان می‌دهند. تمام این تمرین‌ها به نوعی، توجه به موقعیت‌های بدنی و پیرامونی را در لحظه‌ی حاضر امکان‌پذیر می‌سازند (Teasdale & Williams, 2013). ذهن آگاهی به رشد سه کیفیت خودداری از قضاوت، آگاهی تعمدی و تمرکز بر لحظه‌ی کنونی در توجه فرد نیاز دارد که توجه متمرکز بر لحظه‌ی حال، پردازش تمام جنبه‌های تجربه‌ی کنونی، شامل فعالیت‌های شناختی، فیزیولوژیکی یا رفتاری را موجب می‌شود (Segal et al., 2012).

Roemer و Orsillo (2002؛ به نقل از Evans et al., 2008) خاطر نشان کردند از آنجا که ماهیت نگرانی معطوف به آینده است، آموزش در لحظه‌ی حال آگاهی ذهن می‌تواند چاره‌ای مناسب برای افراد مبتلا به GAD باشد. ذهن‌آگاهی به افراد کمک می‌کند تا حالت معطوف به مشاهده به سمت محتوای هشیاری را بهبود بخشند و از همین رو می‌تواند یک استراتژی مقابله‌ای شناختی رفتاری مفید باشد. در مطالعه‌ی Roemer و همکاران (2009)، تحت عنوان ذهن آگاهی و مشکلات تنظیم هیجانی در اختلال GAD، که بر روی ۱۶ فرد مبتلا به GAD انجام شد، نتایج حاکی از این بود که افراد مبتلا به این اختلال سطوح پایین‌تری از ذهن آگاهی را نسبت به افراد عادی نشان می‌دهند. در مطالعه‌ی Arch و Craske (2010) که به بررسی نقش ذهن آگاهی در پاسخ به استرسورها در بیماران اضطرابی و سالم پرداخته شد، ۴۶ فرد مبتلا به اختلالات اضطرابی با ۴۴ فرد عادی مورد مقایسه قرار گرفتند و نتایج حاکی از نقش پیش‌بینی کننده‌ی ویژگی ذهن آگاهی در پاسخ به استرسورها بود. به علاوه برخی از پژوهش‌ها حاکی از آن است که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی موجب بهبود اختلالات اضطرابی از قبیل پانیک (Kim et al., 2010) و فوبی اجتماعی (Kocovski, Fleming, & Rector, 2009) می‌شود و یا به طور کلی بهبود علائم اضطرابی (Bohlmeijer, Prenger, Taal, & Cuijpers, 2010) را به همراه دارد.

یک توجیه برای درمان GAD وابسته به این واقعیت است که علی‌رغم درمان‌های مؤثر، دوام و پایداری نشانه‌های باقی‌مانده‌ی[3] GAD یک مشکل محسوب می‌شود. این‌گونه به نظر می‌رسد که ایجاد ذهن‌آگاهی در افراد مبتلا به GAD سودمند خواهد بود و عقیده بر این است که تمارین ذهن آگاهی موجب تمرکززدایی و رهایی از الگوهای تکراری فکر کردن (از جمله نگرانی و نشخوار فکری) می‌شوند (Craigie, Rees, Marsh, & Nathan, 2008). تمرین ذهن‌آگاهی ممکن است چالش‌های خاصی را برای افراد مبتلا

1. Body scan
2. Mindful walking
3. Residual

به GAD که محتوای هشیاری ذهنی‌شان در اکثر اوقات دور از آگاهی لحظه به لحظه‌ی حال حاضر است عرضه کند (Evans et al., 2008). با در نظر گرفتن شیوع بالای اختلال GAD و مشکلات متعدد و قابل توجه ناشی از این اختلال و با توجه به نتایج متفاوت مطرح‌شده در مورد کارآیی روش‌های درمانی موجود، ضرورت بررسی یک مدل درمانی کارآمد برای اختلال اضطراب فراگیر امری ضروری است. از همین رو مطالعه‌ی حاضر به دنبال پاسخ به این سؤال است که آیا درمان MBCT که بر روی تمرین‌های متمرکز بر ذهن‌آگاهی و اصول یکپارچه‌ی درمان رفتاری شناختی تمرکز می‌کند می‌تواند درمانی قابل‌قبول و مؤثر برای بیمارانی باشد که از GAD رنج می‌برند؟

روش پژوهش

این پژوهش در چارچوب طرح تجربی تک موردی با استفاده از طرح خطوط پایه‌ی چندگانه‌ی پلکانی (Gall, Borg, & Gall, 1996) اجرا شد. از بیماران در طی چند مرحله، خطوط پایه گرفته شد. همگام با جلسه‌ی دوم بیمار اول، طرح درمانی بیمار دوم آغاز شد. در طول درمان و همچنین پس از خاتمه‌ی درمان نیز علائم مورد بررسی قرار گرفت و بدین صورت روند تغییر بیماران بررسی شد. افراد مبتلا به GAD در شهر تبریز، که در نیمه‌ی اول سال ۱۳۹۱ به مراکز درمانی مراجعه کرده بودند، جامعه‌ی کلی را تشکیل می‌دادند. گروه نمونه نیز تعدادی از افراد مبتلا به GAD بودند که بر اساس ملاک‌های زیر و احراز شرایط پژوهش وارد طرح درمان شدند.

ملاک‌های ورود بیماران به پژوهش شامل این موارد بود: دارا بودن ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR برای GAD به تشخیص روانشناس بالینی یا روان‌پزشک/ عدم دریافت درمان‌های روان‌شناختی قبل از ورود به پژوهش/ در صورت مصرف دارو، امکان ثابت نگه داشتن نوع و میزان داروی مصرفی طی مدت پژوهش/ داشتن حداقل ۱۸ سال و حداکثر ۵۰ سال/ دارا بودن حداقل تحصیلات دیپلم/ موافقت بیمار برای شرکت در پژوهش و امضای رضایت‌نامه‌ی کتبی/ توانایی صحبت به زبان فارسی.

ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل این موارد بود: داشتن اختلال سایکوتیک و سوءمصرف مواد/ دارا بودن ملاک‌های کامل اختلال شخصیت در محور دو/ مخالفت بیمار برای همکاری در هر زمان از پژوهش/ وجود مخاطراتی برای بیمار مثل داشتن افکار جدی در مورد خودکشی که امکان عدم دریافت دارو و ثابت نگه داشتن آن را ناممکن می‌سازد/ سابقه‌ی دریافت درمان‌های روان‌شناختی دیگر و عدم توانایی انجام تکالیف منزل.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه‌ی نگرانی ایالت پن [1] (PSWQ): پرسشنامه‌ی نگرانی ایالتی پنسیلوانیا دارای ۱۶ گویه‌ی پنج گزینه‌ای (از طیف اصلاً صدق نمی‌کند تا کاملاً صدق می‌کند) است و دارای پرسش‌هایی مانند «همیشه نگرانم، موقعیت‌های زیادی مرا نگران می‌کند» می‌باشد. دامنه‌ی نمره‌ها در این مقیاس از ۱۶ تا ۶۴ است و نمره‌ی بیشتر، نشانه‌ی تجربه‌ی نگرانی بیشتر است. در ایران، پایایی آزمون به روش همسانی درونی (ضریب آلفای کرونباخ) ۰/۸۶ و به روش بازآزمایی به فاصله‌ی چهار هفته، ۰/۷۷ گزارش شده است (Shirinzade Dastgiri, Gudarzi, Ghanizadeh, & Taghavi, 2008).

پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک [2] (BDI-II): پرسشنامه‌ای خودگزارشی شامل ۲۱ عبارت است که به منظور اندازه‌گیری شدت افسردگی توسط بک ساخته شده است و هر عبارت، بازتاب یکی از علائم افسردگی است که بر اساس ۴ پاسخ درجه‌بندی شده است. دامنه‌ی نمرات از ۰ تا ۶۳ متغیر می‌باشد و نمره‌ی بالاتر نشانه‌ی افسردگی شدیدتر است. در فرهنگ سازنده‌ی آزمون، روایی همزمان این پرسشنامه، ۰/۷۹ و پایایی بازآزمایی آن ۰/۶۷ گزارش شده است (Beck & Clark, 1988). در ایران نیز، گودرزی پایایی این پرسشنامه را از راه ضریب همسانی درونی بر پایه‌ی آلفای کرونباخ، ۰/۸۴ و همبستگی حاصل از روش تنصیف را بر پایه‌ی پرسش‌های زوج و فرد، برابر r=۰/۷ گزارش کرده است (Goudarzi, 2002).

آزمون اضطراب بک [3] (BAI): این پرسشنامه که در سال ۱۹۹۸ به وسیله‌ی Beck و همکاران ساخته شده، پرسش‌نامه‌ی خودسنجی ۲۱ پرسشی است که سؤالات آن شامل ارزیابی شدت علائم شناختی و جسمانی است و شدت کلی اضطراب را می‌سنجد. آزمودنی شدت هر یک از علائم را با استفاده از مقیاسی چهار درجه‌ای از اصلاً تا شدید درجه‌بندی می‌کند. نمره‌گذاری با جمع نمره‌های ۲۱ پرسش انجام می‌شود. Beck و همکاران در سال ۱۹۸۸ پایایی این پرسش‌نامه را به روش بازآزمایی بر روی ۸۳ بیمار سرپایی به فاصله‌ی یک هفته، ۰/۷۵ نشان دادند. ضریب آلفای ۰/۹۲ نیز برای پرسش‌نامه بر روی ۱۶۰ بیمار سرپایی به دست آمد (Groth-Marnat, 2009).

مصاحبه‌ی بالینی ساختاریافته [4] (SCID-I): مصاحبه‌ی مزبور ابزاری به منظور تشخیص گذاری اختلال‌های محور یک بر اساس معیارهای چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی است.

1. Penn State Worry Questionnaire
2. Beck Depression Inventory II
3. Beck Anxiety Inventory
4. Structural Clinical Interview for Axis I Disorders

این فرم توسط Sharifi و همکاران (2005 به نقل از Hanasab zadeh Esfahani, Yekeh Yazdan Doost, Gharayi, 2009) ترجمه و انطباق داده شده و در پژوهش حاضر مورد استفاده قرار گرفت.

مقیاس ۷ سؤالی اضطراب فراگیر (GAD-7): تهیه‌کنندگان این مقیاس (Spitzer, Kroenke, Williams, & Löwe, 2006) با اشاره به کاستی‌های موجود در مقیاس‌های اندازه‌گیری اضطراب از جمله بلندی و ناکارآمدی آن‌ها به عنوان یک مقیاس تشخیصی، هدف خود از ساختن مقیاس ۷ سؤالی اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7) را تهیه‌ی مقیاسی کوتاه که بتواند موارد احتمالی اختلال اضطراب فراگیر را شناسایی کرده و شدت نشانه‌ی بالینی را نیز مشخص سازد ذکر می‌کنند. مقیاس GAD-7 دارای ۷ سؤال است که از بین ۱۳ سؤال مربوط به نشانه‌های بالینی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (ویراست چهارم) و دیگر مقیاس‌های اضطراب انتخاب شده است. هر یک از سؤالات مقیاس از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شوند و گستره‌ی نمره‌ی مقیاس از ۰ تا ۲۱ می‌باشد. Spitzer و همکاران (۲۰۰۶) همسانی درونی GAD-7 را فوق‌العاده (α=۰/۹۲) و پایایی بازآزمایی آن را خوب (r=۰/۸۳) گزارش می‌کنند.

روند اجرای کار

نمونه‌های مورد نظر بر اساس نتایج حاصل از قضاوت بالینی یک روانشناس بالینی و یک روان‌پزشک بر اساس نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند؛ علاوه بر این از هر بیمار، مصاحبه‌ی تشخیصی ساختاریافته به عمل آمد و پس از محرز شدن تشخیص بیماری، بیماران با روش پله‌ای وارد درمان شدند. در این روش، بیماران با فواصل یک‌هفته‌ای و به طور تصادفی، به ترتیب وارد طرح درمان شدند. پس از ارجاع بیماران از طرف روانشناس بالینی یا روان‌پزشک به درمانگر و احراز شرایط پژوهش، با استفاده از مصاحبه‌ی ساختاریافته نیز یک‌بار دیگر بیماران بررسی شدند تا تشخیص قطعی و رد اختلالات همبود صورت گیرد. پس از انجام این اقدامات، ۲ آزمودنی انتخاب شدند و قبل از شروع مداخله، به منظور تعیین خط پایه، پیش‌آزمون به عمل آمد و وضعیت بیماران از لحاظ شاخص‌های مورد نظر مورد بررسی و ارزیابی قرار گرفت. بیمار اول با تکمیل پرسشنامه‌ها وارد برنامه‌ی درمانی شد و در جلسه‌ی دوم بیمار اول، بیمار دوم نیز وارد طرح درمان شد. این درمان در طی ۸ جلسه بر روی بیماران انجام شد و به منظور بررسی تغییرات آزمودنی‌ها، در برخی جلسات ارزیابی‌های مختلفی صورت گرفت. قبل از آغاز درمان، از بیمار اول و دوم به ترتیب ۲ و ۳ خط پایه گرفته شد و پس از آغاز درمان، در جلسات ۴ و ۸ نیز مجدداً آزمون‌ها گرفته شدند و در انتها، در پیگیری ۱ ماهه نیز نمرات آزمودنی‌ها ثبت شد. در پایان برنامه‌ی درمانی نیز آزمون‌های مرحله‌ی خط پایه تکمیل شدند و

همچنین بیماران پس از اتمام درمان به روان‌شناس بالینی ارجاع داده شدند تا بر اساس مصاحبه‌ی ساختاریافته‌ی اختلالات محور یک، ارزیابی شوند. در نهایت، یک ماه پس از پایان درمان، پیگیری وضعیت بیماران نیز به عمل آمد. بسته درمانی این پژوهش با نظارت اساتید راهنما و مشاور ترجمه و سپس تهیه شد و برگه‌ی راهنما و فایل صوتی برخی از تکنیک‌های درمانی توسط پژوهشگر تهیه و در حین درمان در اختیار بیماران قرار گرفت تا در فاصله‌ی بین جلسات با کمک آن‌ها به تمرین و تکرار تکنیک‌های آموخته‌شده بپردازند. در ادامه، به شرح جلسات درمانی که بر مبنای طرح درمان Segal، Williams و Teasdale تهیه گشته بود، می‌پردازیم.

جدول ۱. ساختار جلسات درمانی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

موضوعات و تکنیک‌های آموزش داده‌شده
جلسه‌ی قبل از شروع درمان در این جلسه پس از معرفی درمان و آشنا نمودن بیماران با روند و ساختار درمان، بر لزوم انجام تکالیف تأکید شد و به سؤالات و ابهامات آن‌ها در زمینه‌ی درمان پاسخ داده شد و بدین وسیله بیماران از لحاظ ذهنی آماده‌ی آغاز درمان شدند.
جلسه‌ی اول: هدایت خودکار با توضیح و تشریح مسئله‌ی (هدایت خودکار) از طریق ذکر مثال، وارد درمان شدیم و این اقدامات انجام شد: تمرین خوردن ذهن آگاهانه/ تمرین وارسی بدن/ ارائه‌ی تکالیف منزل همراه با فرم ثبت تکالیف و سی دی آموزشی مکمل
جلسه‌ی دوم: مقابله با موانع بررسی و ارزیابی تکالیف جلسه‌ی قبل/ تأکید بر تمرین به عنوان اساس کار/ تمرین افکار و احساسات/ آگاهی از وقایع خوشایند/ تمرین نشستن ذهن آگاهانه/ ارائه‌ی تکلیف منزل همراه با فرم ثبت تکالیف
جلسه‌ی سوم: تنفس ذهن آگاهانه ارزیابی تکالیف هفته‌ی گذشته/ تمرین دیدن و شنیدن/ تمرین نشستن آگاهانه (آگاهی نسبت به بدن و تنفس)/ تمرین دوره‌ی تنفس ۳ دقیقه‌ای/ تمرین قدم زدن ذهن آگاهانه/ آگاهی از وقایع ناخوشایند/ ارائه‌ی تکالیف و توزیع برگه‌های ثبت تکالیف به همراه سی دی مکمل
جلسه‌ی چهارم: بودن در لحظه‌ی حال بررسی و ارزیابی تکالیف هفته‌ی گذشته/ تمرین دیدن و شنیدن/ تمرین نشستن آگاهانه (آگاهی به تنفس، بدن، صداها و افکار)/ توصیف بیماری اضطراب فراگیر (استفاده از برگه‌ی افکار خودآیند و ملاک‌های تشخیصی اضطراب فراگیر)/ تمرین دوره‌ی تنفس ۳ دقیقه‌ای/ ارائه‌ی تکالیف منزل و توزیع برگه‌ی ثبت تکالیف
جلسه‌ی پنجم: پذیرفتن/ اجازه‌ی ماندن

بررسی و ارزیابی تکالیف هفته‌ی گذشته/ تمرین نشستن آگاهانه (آگاهی به تنفس، بدن، صداها، افکار و معرفی یک مشکل در حین تمرین و توجه به تأثیر آن روی بدن و واکنش به آن)/ تمرین تنفس/ ارائه‌ی تکالیف منزل و توزیع فرم ثبت تکلیف
جلسه‌ی ششم: افکار واقعیت نیستند بررسی و ارزیابی تکالیف هفته‌ی گذشته/ تمرین نشستن آگاهانه (آگاهی نسبت به تنفس، بدن، صداها، افکار همراه با توجه به واکنش‌ها، هنگام ارائه‌ی مشـکلات)/ آماده کردن بیمار برای نزدیک شـدن به پایان درمان/ تمرین خلق، افکار و نقطه نظرات گوناگون/ توضیح درباره‌ی استفاده از تنفس به عنوان گام اول قبل از، از نظر گذراندن افکار/ ارائه‌ی تکلیف منزل به همراه برگه‌ی ثبت تکلیف
جلسه‌ی هفتم: چگونه می‌توانم به بهترین نحو از خودم مراقبت کنم؟ بررسی و ارزیابی تکالیف هفته‌ی گذشته/ تمرین نشستن آگاهانه (آگاهی نسبت به تنفس، بدن، صداها و افکار همراه با توجه به واکنش‌ها، هنگام ارائه‌ی مشـکلات)/ ارائه‌ی تمرینی برای بررسـی ارتباط بین خلق و فعالیت/ ایجاد فهرسـتی از کارهای خوشایند و ماهرانه/ تمرین دوره‌ی تنفس ۳ دقیقه‌ای قبل از انتخاب فعالیت آگاهانه/ شناسایی نشانه‌های عود/ شناسایی اعمال مقابله با نشانه‌های عود/ قدم زدن آگاهانه/ ارائه‌ی تکلیف به همراه برگه‌ی ثبت تکلیف
جلسه‌ی هشتم: استفاده از آنچه تاکنون آموخته شده است برر سی و ارزیابی تکالیف هفته‌ی گذ شته/ تمرین وار سی بدن/ مرور کل دوره‌ی درمان/ توزیع برگه‌ی نظر سنجی درباره‌ی نظر بیمار راجع به درمان/ بحث درباره‌ی اینکه چگونه هر آنچه را که در ۷ هفته‌ی گذشـته فرا گرفته‌اند، حفظ کنند/ اتمام جلسه با تمرین مدیتیشن

روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل نموداری و ترسیمی استفاده شد. علاوه بر تحلیل نموداری و ترسیمی، از درصد بهبودی نیز برای بررسی معناداری بالینی تغییرات استفاده شد که اولین بار توسط Blanchard و Schwars (1998؛ به نقل از Ogles, Lunnen, & Bonesteel, 2001) برای تجزیه و تحلیل داده‌های طرح‌های تجربی تک موردی مطرح شده است. فرمول درصد بهبودی به قرار زیر می‌باشد:

$$\text{درصد بهبودی} = \frac{\text{نمره ی پس آزمون} - \text{نمره ی پیش آزمون}}{\text{نمره ی پیش آزمون}} \times 100$$

یافته‌ها

بیماران مطالعه‌ی حاضر را ۲ دختر مبتلا به اضطراب فراگیر تشکیل می‌دهند که درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر روی آن‌ها صورت گرفته است. ویژگی‌های جمعیت شناختی آن‌ها در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲. ویژگی‌های جمعیت شناختی بیماران

بیمار	سن	تحصیلات	شغل
بیمار اول	۲۲	لیسانس	بیکار
بیمار دوم	۲۵	دانشجوی کارشناسی	بیکار

نمرات بیماران در مراحل قبل از درمان، پس از درمان و در جلسه‌ی پیگیری ۱ ماهه در جداول ۳ و ۴ آمده است. با مشاهده‌ی نمرات جداول می‌توان کاهش نمرات بیماران را در پایان درمان و دوره‌ی پیگیری نسبت به نمرات آن‌ها در خطوط پایه ملاحظه نمود. در ضمن برای بررسی بهتر روند بهبود بیماران از درصد بهبودی استفاده شده است که نتایج آن نیز در جداول آمده است.

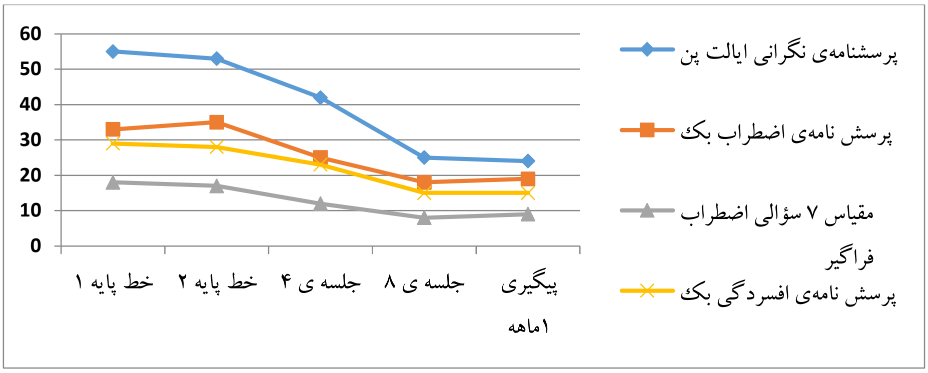
جدول ۳ . نمرات بیمار اول در مراحل خطوط پایه، حین درمان، پس از درمان و درصد بهبودی

پرسشنامه	خط پایه‌ی اول	خط پایه‌ی دوم	جلسه‌ی چهارم	جلسه‌ی هشتم	جلسه‌ی پیگیری	درصد بهبودی
پرسشنامه‌ی نگرانی ایالت پن	۵۵	۵۳	۴۲	۲۵	۲۴	٪۵۲/۸۳
پرسش‌نامه‌ی اضطراب بک	۳۳	۳۵	۲۵	۱۸	۱۹	٪۴۸/۵۷
مقیاس ۷ سؤالی اضطراب فراگیر	۱۸	۱۷	۱۲	۸	۹	٪۵۲/۹۴
پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک	۲۹	۲۸	۲۳	۱۵	۱۵	٪۴۶/۴۲

جدول ۴. نمرات بیمار دوم در مراحل خطوط پایه، حین درمان، پس از درمان و درصد بهبودی

پرسشنامه	خط پایه‌ی اول	خط پایه‌ی دوم	خط پایه‌ی سوم	جلسه‌ی چهارم	جلسه‌ی هشتم	جلسه‌ی پیگیری	درصد بهبودی
پرسشنامه‌ی نگرانی ایالت پن	۵۳	۵۷	۵۸	۴۸	۲۳	۲۵	٪۶۰/۳۴
پرسش‌نامه‌ی اضطراب بک	۳۵	۳۴	۳۴	۲۷	۱۵	۱۴	٪۵۵/۸۸
مقیاس ۷ سؤالی اضطراب فراگیر	۱۹	۲۳	۱۹	۱۵	۱۰	۹	٪۴۷/۳۶
پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک	۲۴	۲۵	۲۴	۱۷	۱۲	۱۰	٪۵۰

بررسی نمرات بیماران قبل از درمان، بعد از درمان و در دوره‌ی پیگیری حاکی از روند بهبود در طول درمان و ثبات خوب در مرحله‌ی پیگیری است. نتایج این تغییرات در نمودارهای ۱ و ۲ آمده است.



نمودار ۱. نمرات بیمار اول در مراحل خطوط پایه، حین درمان، پس از درمان و درصد بهبودی



نمودار ۲. نمرات بیمار دوم در مراحل خطوط پایه، حین درمان، پس از درمان و درصد بهبودی

بحث

بر پایه‌ی نتایج به‌دست‌آمده و با استناد به درصد بهبودی به‌دست‌آمده در پرسشنامه‌ی GAD-7، درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی موجب کاهش شدت علائم اختلال اضطراب فراگیر شده است. این یافته حاکی از کارایی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بهبود شدت علائم اختلال اضطراب فراگیر است و در وهله‌ی اول هماهنگ با نتایج Evans و همکاران (2008) است که این درمان را به صورت گروهی بر روی مبتلایان به اضطراب فراگیر به کار گرفته بودند و کاهش معنی‌داری در علائم این اختلال مشاهده نموده بودند. همچنین مطابق با یافته‌های Roemer و همکاران (2009) نیز می‌باشد.

از سوی دیگر نتایج درمان حاضر همسو با نتایج پژوهش‌هایی است که اثربخشی این درمان را نشان داده‌اند. به عنوان مثال Treanor (2011)، Kim و همکاران (2010)، Lovas و Barsky (2010)، Dobkin

Zhao و (2011)، Hamidpour (2007)، Hanasab zadeh Esfahani، Yekeh Yazdan Doost و Gharayi (2009)، Kaviani، Javaheri و Bahiray (2005) و Azargoon، Kajbaf، Molavi و Abedi (2009). به طور کلی، GAD شامل مجموعه علائم شناختی و جسمانی است. درمان MBCT، به خوبی بر روی این دو مقوله مؤثر واقع می‌شود و با آگاه نمودن بیمار به افکار و احساسات و حس‌های بدنی خود و آوردن آگاهی افراد به زمان حال، موجب می‌شود که افراد نسبت به حس‌های بدنی و نشخوار فکری خود آگاه شوند و افکار را صرفاً به عنوان یک فکر، نه واقعیت در نظر بگیرند و بدین وسیله پس از تمرین و ثبات در انجام این کار، دیگر این افکار موجب آشفتگی فرد نمی‌شوند. این درمان به نوعی حساسیت‌زدایی را نسبت به افکار و حس‌های بدنی ایجاد خواهد نمود و همین امر، باعث از بین رفتن علائم خواهد شد.

همان‌گونه که قبلاً اشاره شد، اختلال اضطراب فراگیر توسط نگرانی بیش از حد، شدید و طولانی‌مدت مشخص می‌گردد. از ویژگی‌های بارز این اختلال، حضور مداوم نگرانی و اندیشناکی کنترل ناپذیر و مفرط در مورد آینده است. به عبارت دیگر مبتلایان به GAD نگران اتفاقاتی هستند که در آینده ممکن است رخ دهند. از آنجا که ماهیت نگرانی معطوف به آینده است، آموزش در لحظه‌ی حالِ آگاهی ذهن می‌تواند برای افراد مبتلا به GAD مفید باشد. از ویژگی‌های اساسی و بنیادی درمان MBCT، تشویق فرد به ماندن در «حال» است که در طول درمان بارها این عامل بنیادی در طی تکالیف مختلف به بیماران آموزش داده می‌شود و بدین‌وسیله افراد از توجه و نگرانی نسبت به آینده و مشغولیت ذهنی نسبت به آن دور می‌شوند و همین کار، مقوله‌ی بسیار مهمی در کاهش شدت علائم این اختلال محسوب می‌گردد.

از طرف دیگر، بیماران در این درمان، نقش فعالی دارند و از همان آغاز درمان و از جلسه‌ی اول تمرین‌های مختلف را به صورت عملی و فعالانه انجام می‌دهند و در واقع درگیر فرایند درمان می‌شوند. علاوه بر تمریناتی که در طول جلسه انجام می‌دهند، آن‌ها را توسط تمرین‌های منزل به فعالیت بیشتر و همکاری بیشتر سوق می‌دهیم. در واقع از همان ابتدای درمان، به بیماران آموزش می‌دهیم که باید در بهبودی خود نقشی فعال داشته باشند و این کار میسر نخواهد شد مگر با حضور فعال در جلسات و خارج از جلسه. به همین دلیل این عامل نیز کمک زیادی به بهبود و کاهش علائم آن‌ها می‌کند.

فاکتور مهم دیگر که تأثیرپذیری این درمان را بالا برده است، وجود جلسات مقابله با عود بیماری و جلوگیری از بروز علائم اختلال و مقابله با آن‌هاست. در جلسات پایانی، بیماران برای خاتمه‌ی درمان کاملاً آماده می‌شوند و از طرفی آموزش‌های لازم برای شناسایی علائم عود بیماری و همچنین مقابله با این علائم به آن‌ها داده می‌شود. این کار علاوه بر اینکه به مصونیت بیشتر بیماران در برابر تشدید نشانه‌ها می‌انجامد،

نگرانی و ترس بیماران از شروع و عود مجدد را به شدت کاهش می‌دهد. بنا به گزارش بیماران، جلسات مقابله با عود، نقش مهمی در اطمینان بخشی به آن‌ها جهت تثبیت بهبود و همچنین مقابله با شروع احتمالی اختلال در آینده داشت و همین عامل، موجب ایجاد آرامش و اطمینان خاطر بیماران شد و دید مثبت آن‌ها به تأثیرگذاری درمان را دو چندان نمود و در نتیجه به عنوان فاکتوری تأثیرگذار در درمان عمل نمود.

یافته‌ی دیگر پژوهش حاضر این است که درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی موجب کاهش علائم نگرانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر می‌شود. نتیجه‌ی این یافته همسو با نتایج Evans و همکاران (2008) است که نشان دادند این درمان موجب بهبود علائم نگرانی می‌شود. از طرفی همسو با نتایج پژوهش Vøllestad، Sivertsen و Nielsen (2011) می‌باشد که حاکی از نقش درمان MBSR در تغییر نگرانی افراد مبتلا به اختلال اضطرابی است. همان‌گونه که ذکر شد، بارزترین ویژگی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نگرانی طولانی‌مدت و مداوم است که کنترل آن برای بیمار دشوار است و کارکردهای شغلی، تحصیلی و اجتماعی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. نگرانی این افراد عمدتاً معطوف به آینده است و این افراد همواره نسبت به اتفاقات آینده نگرانی دارند. در درمان MBCT، به افراد از طریق تکنیک‌های مختلف و در تمام جلسات آموزش می‌دهیم که چگونه نسبت به بودن در حال آگاهی یابند و بدون قضاوت در مورد رخدادها، کنش‌ها و واکنش‌ها بر روی این مقوله کار کنند. با انجام این کار، بیماران پس از مدتی می‌آموزند که چگونه از فکر کردن در مورد آینده جلوگیری نمایند و فقط به حال توجه کنند. انجام این کار تا حد زیادی جلوی نگرانی مفرط در مورد آینده را خواهد گرفت و نگرانی فرد، تقلیل می‌یابد.

یافته‌ی دیگر پژوهش حاضر حاکی از نقش درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش علائم اضطراب افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود. این یافته همسو با یافته‌های Evans و همکاران (2008)، Vøllestad و همکاران (2011)، Kim و همکاران (2010)، Dobkin و Zhao (2011)، Kocovski و همکاران (2009) می‌باشد که همگی نشان دادند که این درمان و درمان‌های مشابه، از قبیل MBSR و درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی و پذیرش، موجب کاهش علائم اضطراب می‌شوند. اضطراب در کل، سه مؤلفه دارد: عوامل رفتاری، علائم فیزیکی و افکار نگران‌کننده. اضطراب مستقیماً می‌تواند بر رفتار تأثیر منفی بگذارد و به عملکرد آسیب برساند. مثلاً می‌تواند باعث لکنت زبان، بی‌خوابی، پرتحرکی و رفتارهای تکراری شود. از جمله علائم فیزیکی اضطراب می‌توان به اشکال در نفس کشیدن، تپش قلب، سرگیجه، تاری دید و زنگ زدن گوش اشاره کرد. افکار نگران‌کننده نیز، فکرهای پریشان کننده و اغلب تکراری هستند که با افزایش سطح برانگیختگی همراه‌اند. برای مقابله با این علائم سه‌گانه، باید با استفاده از روش‌های مناسب و آنی،

جلوی بروز و ادامه‌ی آن‌ها را گرفت. اگرچه درمان MBCT به دنبال ایجاد آرمیدگی در افراد نیست، با این وجود تمارین این درمان از قبیل وارسی بدن، تمرین نشستن و تنفس می‌تواند موجب حالت آرمیدگی در فرد شود. انجام این تمارین تا حد زیادی به کاهش علائم اضطراب افراد کمک می‌کند. استفاده از تکنیک‌های وارسی بدن، تنفس ذهن آگاهانه و تمرین آگاهی به بدن به کاهش علائم رفتاری و فیزیکی اضطراب می‌انجامد و تکنیک‌های تمارین ثبت وقایع خوشایند و ناخوشایند، دوره‌ی تنفس ۳ دقیقه‌ای و آگاهی به افکار، علائم شناختی اضطراب را کاهش می‌دهند. بنابراین این درمان در بهبود علائم اضطراب مؤثر واقع خواهد شد.

آخرین یافته‌ی پژوهش حاضر بیان می‌کند که درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی موجب کاهش علائم افسردگی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر می‌شود. این یافته همسو با یافته‌های Hamidpour (2007)، Hanasab zadeh Esfahani، Yekeh Yazdan Doost و Gharayi (2009)، Kaviani، Javaheri و Bahiray (2005)، Kingston، Dooley، Bates، Lawlor و Malone (2007)، Kuyken و همکاران(2008)، Ma و Teasdale (2004)، Mathew، Whitford، Kenny و Denson (2010) می‌باشد. درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در ابتدا برای افرادی که دچار مشکل افسردگی بوده‌اند، طراحی شده است و در واقع بیشترین کارایی این درمان بر روی این افراد است و تمامی تکنیک‌ها و تمارین این درمان به طور اختصاصی و در وهله‌ی اول برای این بیماران طراحی شده است. بنابراین نتیجه‌ی به‌دست‌آمده از پژوهش حاضر کاملاً محتمل می‌باشد و دلیل عمده‌ی اثربخشی آن استفاده از تکنیک‌های درمانی حاضر است که همگی به کاهش علائم و بهبود افسردگی و جلوگیری از عود کمک می‌کنند. به طور خلاصه می‌توان گفت که این درمان با شرکت دادن فعالانه‌ی بیماران در انجام تکالیف در طول جلسه و پس از آن، علائم انفعال افراد افسرده را بهبود خواهد بخشید. از طریق تمرین خوردن ذهن آگاهانه، اشتهای بیماران را تعدیل می‌کند؛ خصوصاً اگر دچار بی‌اشتهایی باشند. از طریق تکنیک آگاهی به افکار، علائم نشخوار فکری افسردگی را کاهش می‌دهد و از طریق تمارینی مانند وارسی بدن، راه رفتن آگاهانه و تمرین دوره‌ی تنفس ۳ دقیقه‌ای، خستگی یا فقدان انرژی را بهبود می‌بخشد. بنابراین با توجه به مکانیزم اثر این تمارین، می‌توان علت کاهش علائم افسردگی بیماران پژوهش حاضر را توجیه نمود.

نتیجه

در بسیاری از مواقع ذهن فرد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر منفعل است و اجازه می‌دهد که توسط افکار، خاطرات، برنامه‌ها یا احساسات گرفتار شود. نتیجه‌ی چنین انفعالی این خواهد بود که فرد اضطراب و نگرانی را در مواجهه با بسیاری از وقایع پیش پا افتاده تجربه کند و برای مقابله‌ی صحیح و منطقی با اتفاقات پیرامونی راهکار مناسبی نداشته باشد و در نتیجه لحظه به لحظه بر میزان نگرانی وی افزوده شود تا جایی که کارکرد معمولی فرد مختل شود. طبیعتاً بسیاری از مبتلایان به این اختلال برای رهایی از این مشکل به درمان نیاز دارند. اتخاذ درمان به‌موقع و مناسب می‌تواند فرد مبتلا و اطرافیان وی را از بسیاری از تنش‌های ناشی از این اختلال رهایی بخشد. بر پایه‌ی یافته‌های پژوهش حاضر از طریق درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌توانیم ذهن را از این حالت انفعال خارج کنیم و ماهیت تجربه را عملاً تغییر دهیم و در نتیجه از پیامدها و اثرات منفی این اختلال کاسته و پتانسیل فرد را برای انجام بهتر فعالیت‌ها شکوفا کنیم.

محدودیت‌ها و پیشنهادات پژوهش

خود گزارشی بودن متغیرهای مورد بررسی یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر است. از طرفی پیگیری کوتاه‌مدت، به دلیل برخی محدودیت‌ها و همچنین عدم امکان نمونه‌گیری تصادفی دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر به شمار می‌روند. پیشنهاد می‌شود این پژوهش بر روی افراد با سطح تحصیلات و سطوح اقتصادی- اجتماعی متفاوت انجام شود. انجام مطالعه‌ای مشابه با بررسی دوره‌ی پیگیری طولانی‌تر نیز توصیه می‌شود. به علاوه بهتر است در پژوهش‌های آتی، افراد نزدیک بیمار را درگیر امر درمان کرد تا در تسهیل انجام تکالیف و ایجاد شرایط مناسب، به بیمار کمک نمایند.

References

Arch, J. J., & Craske, M. G. (2010). Laboratory stressors in clinically anxious and non-anxious individuals: The moderating role of mindfulness. Behaviour Research and Therapy, 48(6), 495–505.

American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, text revision (DSM-IV-TR). American Psychiatric Association.

Azargoon, H., Kajbaf, M., Molavi, H., & Abedi, M. (2009). The effect of mindfulness training on mental rumination and depression of the students of Isfahan university. Daneshvar Raftar, 16(34), 13–20. [Persian]

Barlow, D. H., & Hofmann, S. G. (1997). Efficacy and dissemination of psychological treatments. Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy, 95–117.

Beck, A. T., & Clark, D. A. (1988). Anxiety and depression: An information processing perspective. Anxiety Research, 1(1), 23–36.

Bennett, P. (2011). Abnormal And Clinical Psychology: An Introductory Textbook: An Introductory Textbook. McGraw-Hill International.

Bohlmeijer, E., Prenger, R., Taal, E., & Cuijpers, P. (2010). The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: a meta-analysis. Journal of Psychosomatic Research, 68(6), 539–544.

Borkovec, T. D., & Newman, M. G. (1998). Worry and generalized anxiety disorder. Comprehensive Clinical Psychology, 6, 439–459.

Craigie, M. A., Rees, C. S., Marsh, A., & Nathan, P. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder: A preliminary evaluation. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 36(05), 553–568.

DeRubeis, R. J., & Crits-Christoph, P. (1998). Empirically supported individual and group psychological treatments for adult mental disorders. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66(1), 37.

Dobkin, P. L., & Zhao, Q. (2011). Increased mindfulness–The active component of the mindfulness-based stress reduction program? Complementary Therapies in Clinical Practice, 17(1), 22–27.

Dugas, M. J., & Robichaud, M. (2007). Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice. Taylor & Francis.

Evans, S., Ferrando, S., Findler, M., Stowell, C., Smart, C., & Haglin, D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. Journal of Anxiety Disorders, 22(4), 716–721.

Gall, M. D., Borg, W. R., & Gall, J. P. (1996). Educational research: An introduction . Longman Publishing.

Goldin, P. R., & Gross, J. J. (2010). Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. Emotion, 10(1), 83.

Goudarzi, M. (2002). The study of reliability and validity of Beck hopelessness scale in a group of Shiraz university students. Journal of Social Sciences and Humanities of Shiraz University, 18(2), 27–39. [Persian]

Groth-Marnat, G. (2009). Handbook of psychological assessment. John Wiley & Sons.

Hamidpour, H. (2007). Examination of Efficacy and Effectiveness of Mindfulness - Based Cognitive Therapy in Treatment and Preventation of Relapse and Recurrence of Dysthymia. Research in Psychological Health, 1(1), 25–36. [Persian]

Hanasab zadeh Esfahani M, Yekeh Yazdan Doost R, Gharayi B, A. N. F. A. (2009). Preliminary study of applicability of mindfulness based cognitive therapy protocol for depressed patients with suicidal thought: A case study. Journal of Clinical Psychology, 1(1), 35–45. [Persian]

Hayes, S., & Hirsch, C. R. (2007). Information processing biases in generalized anxiety disorder. Psychiatry, 6(5), 176–182.

Kabat-Zinn, J. (1990). Full catastrophe living. New York. Delta.

Kaviani, H., Javaheri, F., & Bahiray, H. (2005). Efficacy of minfulness-Based Cognitive Therapy in reducing automatic thoughts, dysfunctional attitude, depression and anxiety: A sixty day follow-up. Advances in Cognitive Science, 7(1), 49–59. [Persian]

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). “ Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey replication”: Erratum.

Kim, B., Lee, S.-H., Kim, Y. W., Choi, T. K., Yook, K., Suh, S. Y., … Yook, K.-H. (2010). Effectiveness of a mindfulness-based cognitive therapy program as an adjunct to pharmacotherapy in patients with panic disorder. Journal of Anxiety Disorders, 24(6), 590–595.

Kingston, T., Dooley, B., Bates, A., Lawlor, E., & Malone, K. (2007). Mindfulness ‐ based cognitive therapy for residual depressive symptoms. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 80(2), 193–203.

Kocovski, N. L., Fleming, J. E., & Rector, N. A. (2009). Mindfulness and acceptance-based group therapy for social anxiety disorder: An open trial. Cognitive and Behavioral Practice, 16(3), 276–289.

Kuyken, W., Byford, S., Taylor, R. S., Watkins, E., Holden, E., White, K., … Mullan, E. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76(6), 966.

Linehan, M. (1993). Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. Guilford Press.

Lovas, D. A., & Barsky, A. J. (2010). Mindfulness-based cognitive therapy for hypochondriasis, or severe health anxiety: a pilot study. Journal of Anxiety Disorders, 24(8), 931–935.

Ma, S. H., & Teasdale, J. D. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72(1), 31.

Mathew, K. L., Whitford, H. S., Kenny, M. A., & Denson, L. A. (2010). The long-term effects of mindfulness-based cognitive therapy as a relapse prevention treatment for major depressive disorder. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 38(05), 561–576.

Ogles, B. M., Lunnen, K. M., & Bonesteel, K. (2001). Clinical significance: History, application, and current practice. Clinical Psychology Review, 21(3), 421–446.

Roemer, L., Fuchs, C., Orsillo, S. M., Salters-Pedneault, K., Orsillo, S. M., & Baer, R. a. (2014). Incorporating Mindfulness and Acceptance-Based Strategies in the Behavioral Treatment of Generalized Anxiety Disorder. Mindfulness-Based Treatment Approaches: Clinician’s Guide to Evidence Base and Applications, 95. doi:10.1016/B978-0-12-416031-6.00005-0

Roemer, L., Lee, J. K., Salters-Pedneault, K., Erisman, S. M., Orsillo, S. M., & Mennin, D. S. (2009). Mindfulness and emotion regulation difficulties in generalized anxiety disorder: Preliminary evidence for independent and overlapping contributions. Behavior Therapy, 40(2), 142–154.

Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2007). An open trial of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. Behavior Therapy, 38(1), 72–85.

Rygh, J. L., & Sanderson, W. C. (2004). Treating generalized anxiety disorder: Evidence-based strategies, tools, and techniques. Guilford Press.

Segal, Z. V, Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to relapse prevention. New York: Guilford Press.

Segal, Z. V, Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy for depression. Guilford Press.

Shirinzade Dastgiri, S., Gudarzi, M. A., Ghanizadeh, A., & Taghavi, M. R. (2008). Comparison of Metacognitive and Responsibility Beliefs in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder, Generalized Anxiety Disorder and Normal Individuals. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology, 14(1), 46–55. [Persian]

Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. Archives of Internal Medicine, 166(10), 1092–1097.

Stein, M. B. (2004). Public health perspectives on generalized anxiety disorder. Journal of Clinical Psychiatry.

Teasdale, J. D., & Williams, J. M. G. (2013). Mindful Way Workbook: An 8-Week Program to Free Yourself from Depression and Emotional Distress. Guilford Publications.

Treanor, M. (2011). The potential impact of mindfulness on exposure and extinction learning in anxiety disorders. Clinical Psychology Review, 31(4), 617–625.

Vøllestad, J., Sivertsen, B., & Nielsen, G. H. (2011). Mindfulness-based stress reduction for patients with anxiety disorders: Evaluation in a randomized controlled trial. Behaviour Research and Therapy, 49(4), 281–288.

Walach, H., Buchheld, N., Buttenmüller, V., Kleinknecht, N., & Schmidt, S. (2006). Measuring mindfulness—the Freiburg mindfulness inventory (FMI). Personality and Individual Differences, 40(8), 1543–1555.

Williams, J. M. G., Alatiq, Y., Crane, C., Barnhofer, T., Fennell, M. J. V, Duggan, D. S., … Goodwin, G. M. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in bipolar disorder: Preliminary evaluation of immediate effects on between-episode functioning. Journal of Affective Disorders, 107(1), 275–279.